UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1953 N° 1

LE CANCER CHEZ LE JEUNE AU-DESSOUS DE 15 ANS EN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Travail de la clinique d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie maxillo-faciale (Professeur Jean Calvet)

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en janvier 1953

par

André AZAIS

Ancien externe des Hôpitaux

Membres du Jury . . MM. CALVET, *Président*
— SOREL
— MARQUÈS *Assesseurs*
— CLAUX
— POULHES, *Suppléant*

TOULOUSE
IMPRIMERIE RÉGIONALE
59, RUE BAYARD 59

1952

LE CANCER CHEZ LE JEUNE
AU-DESSOUS DE 15 ANS
EN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1942 — N° 1

LE CANCER CHEZ LE JEUNE

AU-DESSOUS DE 15 ANS

EN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Travail de la clinique oto-rhino-laryngologique et de chirurgie maxillo-faciale (Professeur Jean Calvet)

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Janvier 1942

par

André AZAIS

Aide-Major des Hôpitaux

Membres du Jury : Président — Professeur CALVET — Assesseurs — Professeur FOURESTIER — Professeur SOURDEL — Professeur MARQUÈS — Professeur CLAUX — Professeur POULHÈS, Suppléant

TOULOUSE
IMPRIMERIE REGIONALE
Rue Saint-Rome, 69

1942

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1953 N° 1

LE CANCER CHEZ LE JEUNE AU-DESSOUS DE 15 ANS EN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Travail de la clinique d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie maxillo-faciale (Professeur Jean Calvet)

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en janvier 1953

par

André AZAIS

Ancien externe des Hôpitaux

Membres du Jury..
- MM. CALVET, *Président*
- — SOREL
- — MARQUÈS *Assesseurs*
- — CLAUX
- — POULHES, *Suppléant*

TOULOUSE
IMPRIMERIE RÉGIONALE
59, RUE BAYARD, 59

1952

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
TABLEAU DU PERSONNEL

Doyen	MM. LEFEBVRE
Assesseur	SOREL (R.)
Doyens honoraires	GORSE, CALVET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. RISPAL — MM. RIBAUT
LAFFORGUE — VALLOIS — SERR, CLERMONT

PROFESSEURS

Clinique de neurologie et de psychiatrie	MM. RISER
Clinique médicale	TAPIE et MERIEL
Clinique obstétricale	GUILHEM
Physiologie	SOULA
Clinique chirurgicale et du cancer	DUCUING
Physique biologique et médicale	BUGNARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NANTA
Chimie analytique toxicologie et hygiène industrielle	BRUSTIER
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL
Clinique chirurgicale et gynécologique	LEFEBVRE
Anatomie	LAZORTHES
Histoire naturelle	DELAS
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL (P.)
Pharmacie	CAUJOLLE
Path. interne et clinique des maladies de la tuberculose	MOREL
Bactériologie, hygiène, médecine sociale	ANDRIEU
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	VIRENQUE
Clinique des maladies des voies urinaires	FABRE (P.)
Matière médicale	VINCENT
Hydrologie thérapeutique et climatologie	N...
Anatomie pathologique	FABRE (J.)
Clinique oto-rhino-laryngologique et chir. maxillo-faciale	CALVET
Clinique ophtalmologique	CALMETTES
Chimie biologique	VALDIGUIE
Médecine légale et du travail	PLANQUES
Histologie et embryologie	BROUSSY
Médecine sociale	BOUNHOURE
Thérapeutique	GADRAT
Pathologie chirurgicale	GRIMOUD
Clinique odonto-stomatologique	CADENAT
Professeur à titre personnel	BAISSET
Chimie pharmaceutique	BLANC

PROFESSEUR SANS CHAIRE

Anatomie	M. COULOUMA

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Anatomie	MM. POULHES
Histologie	BIMES
Sciences naturelles	BOUISSET
Bactériologie	Mme ENJALBERT
Chimie biologique	MM. POLONOVSKI
Physique médicale	AUVERGNAT
Pharmacie	COUTURIER
Botanique	Mme DULUCQ-MATHOU
Chimie	M. RACINE (Ch. de ...)

AGREGES

Médecine	MM. DARNAUD, GERAUD, DARDENNE, LAPORTE, BAUDOT	MM. RIEUNAU, DIEULAFE, DAMBRIN (P.)
Chirurgie		
Ophtalmologie		DEODATI
Physique Médicale		MARQUES
Obstétrique		PONTONNIER
O. R. I.		CLAUX
Urologie		LHEZ

COURS COMPLEMENTAIRE

Cours d'obstétrique aux élèves sage-femmes	MM. GUILHEM
Chimie biologique	DOUSTE-BLAZY
Physique pharmaceutique	AUVERGNAT
Dermatologie et syphiligraphie	BAZEX
Législation pharmaceutique	BOUISSET
Tuberculose	MOREL
Chirurgie pulmonaire	DAMBRIN (P.)
Parasitologie	BAUDOT
Cryptogamie	Mme DULUCQ-MATHOU
Hydrologie et Géologie	MM. ASTRE
Anatomie médico-chirurgicale	THOMAS
Pharmacodynamie médecine	BAISSET
Pharmacodynamie pharmacie	CAUJOLLE
Hygiène	LAPORTE
Urologie	LHEZ
Ophtalmologie	DEODATI
Neuro-Chirurgie	LAZORTHES
Oto-rhino-laryngologie	CLAUX
Mycologie	MORQUER
Psychiatrie	GAYRAL
Physiologie	LAPORTE (Y.)
Histologie	PLANEL
Secrétaire municipal de la Faculté	ARGILAS

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération en date du 12 mai 1891.)

R. UNIV. BIBLIOTHEEK

A MON PERE

LE DOCTEUR NORBERT AZAIS

Chevalier de la Légion d'honneur.

A MA MERE

Je leur dois tout.

A MA FEMME

A MA FILLE

A MON FRERE

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRERE

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUTE MA FAMILLE

À MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN CALVET

Professeur de clinique oto-rhino-laryngologique
et de chirurgie maxillo-faciale,
Laryngologiste du Centre régional anticancéreux,
Doyen honoraire de la Faculté de médecine et de pharmacie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre.

Qui nous a donné l'idée et les éléments de ce travail et qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

Nous tenons à lui exprimer ici notre gratitude et notre profonde reconnaissance pour la cordialité avec laquelle il nous a accueilli dans son service et pour le profit que nous avons tiré de son précieux enseignement.

A notre Jury de Thèse

Monsieur le Professeur SOREL

Professeur de clinique médicale infantile et de puériculture,
Médecin des hôpitaux.

Hommage respectueux.

Monsieur le Professeur MARQUES

Professeur agrégé de physique médicale,
Electro-radiologiste honoraire des hôpitaux,
Directeur du Centre régional anticancéreux.

Avec toute notre gratitude pour l'accueil bienveillant qu'il nous a réservé dans son service.

Monsieur le Professeur CLAUX

Professeur agrégé d'oto-rhino-laryngologie,
Oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux.

Qui a contribué à notre formation de spécialiste et que nous remercions de la grande bonté qu'il nous a toujours témoignée.

Monsieur le Professeur POULHES

Professeur agrégé à la Faculté.

En reconnaissance des marques de sympathie qu'il nous a toujours témoignées.

A Monsieur le Docteur Maurice ESCAT

Oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux.

Qui a guidé nos premiers pas dans la spécialité et nous l'a fait aimer.

Qu'il veuille trouver ici l'expression de toute notre reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Jean BARDIER

Ancien chef de clinique O.-R.-L. à la Faculté, Assistant des hôpitaux.

Que nous remercions pour la bienveillance qu'il nous a toujours manifestée.

A Monsieur le Docteur BIRAGUE

Ancien chef de clinique O.-R.-L. à la Faculté.

Au cours de ce travail, il a, par son aide, grandement facilité notre tâche.

Nous lui conserverons toujours notre amitié la meilleure et la plus respectueuse.

A Monsieur le Docteur RIBET

Interne des hôpitaux.

Qui nous a aidé dans l'élaboration de notre thèse.

Avec toute notre amitié et toute notre reconnaissance.

A Monsieur le Docteur LO

Ancien chef de clinique O.-R.-L. à la Faculté.

A Monsieur le Docteur Maurice LAVAL

Chef de clinique O.-R.-L. à la Faculté.

A mon beau-frère le Docteur DUFETELLE

A mes camarades et amis

le Docteur BATBIE

le Docteur MARQUET

A tous mes camarades de la clinique O.-R.-L.

A mes maitres

de la Faculté et des hôpitaux de Toulouse

AVANT-PROPOS

Il y a seulement quelques années, il était classique de considérer le cancer comme une maladie de l'adulte, pour ne pas dire du vieillard. Or, comme le dit le professeur René Huguenin :

« Il n'y a pas d'âge pour le cancer : il frappe de la naissance à l'extrême vieillesse. »

Depuis l'apparition des antibiotiques, la nette diminution des maladies infectieuses, des affections pulmonaires ou intestinales, tuberculeuses ou non, ont fait apparaître le cancer comme une des causes non négligeables de mortalité infantile.

Voilà pourquoi l'étude du cancer chez le jeune intéresse de plus en plus les cancérologues et les médecins.

Cette question, du point de vue général, a fait l'objet de recherches statistiques très importantes sous l'impulsion de M. le professeur Bugnard, directeur de l'Institut national d'Hygiène.

Celui-ci a chargé notre Maître, M. le professeur Calvet, de s'occuper de la section O.-R.-L., et c'est à l'aide des documents qu'il a pu recueillir avec M. le docteur Ribet, et qu'il a bien voulu nous communiquer, que nous avons essayé de faire un travail d'ensemble sur cette question.

Nous tenons ici à remercier M. le professeur Calvet pour l'aide et la bienveillance qu'il a bien voulu nous apporter ; sans lui, la réalisation de notre travail aurait été impossible.

A ces observations qui sont complètes, nous avons pu ajouter des faits cliniques retrouvés dans la littérature française et étrangère.

Nous allons donc présenter une étude sur les tumeurs malignes de l'enfant en nous limitant strictement entre

ces deux âges de la vie, zéro et quinze ans, où s'arrête, physiologiquement, l'adolescence.

Nous ne prendrons aucune observation en détail et nous n'exposerons aucune considération à propos de chaque cas ; nous avons fait ce fastidieux travail préliminaire de compilation et de synthèse et il serait inutile de le transcrire ici pour alourdir ce travail.

Toutes nos observations seront donc simplement inscrites dans un tableau comparatif. Ce sera donc un travail fondé uniquement sur des statistiques, ce qui apparaîtra, pour le moins, brutal à première lecture.

Nous savons bien ce que l'on peut reprocher aux statistiques. Mais, en matière de carcinologie, nous ne pouvons prendre des bases solides que sur elles, évitant ainsi toutes considérations superflues ou toute hypothèse bâtie sur des théories, des conceptions, qui ne peuvent reposer sur rien et qui relèvent, malheureusement encore, du domaine de la fantaisie, car les travaux scientifiques les plus poussés n'ont pu lever le voile de l'étiologie et de la pathologie du cancer.

CHAPITRE PREMIER

RECUEIL ET CLASSIFICATION DES OBSERVATIONS

Nous avons ainsi réuni un certain nombre d'observations que nous avons étudiées soigneusement, rejetant toutes celles qui nous paraissaient prêter à discussion.

Il nous resta alors, après avoir éliminé 10 cas douteux, 103 cas de néoplasmes chez le jeune.

Les observations réunies, il nous a fallu essayer de faire un classement dans cet amas de cas disparates qui n'avaient, entre eux, que deux points communs : d'avoir apparu chez des enfants ou adolescents avant l'âge de quinze ans, et d'être du domaine de l'oto-rhino-laryngologie.

Ce classement avait pour nous un double but : apporter un peu de clarté à cette énumération naturellement fastidieuse, et rendre objectives et logiques certaines considérations découlant de ces tableaux assez arides.

La classification que nous avons adoptée est une classification anatomique ; nous avons donc rangé les tumeurs malignes chez le jeune suivant les organes ou les régions qu'elles intéressent.

Voici l'ordre dans lequel nous allons étudier ces différentes localisations néoplasiques :

I. — Néoplasmes de la face { massif osseux (32 cas) ; / région superficielle (3 cas)

II. — Néoplasmes du cavum (23 cas) ;

III. — Néoplasmes des cavités bucco-pharyngées (14 cas);

IV. — Néoplasmes du larynx (9 cas) ;

V. — Néoplasmes des fosses nasales (8 cas) ;

VI. — Néoplasmes des glandes salivaires (6 cas) ;

VII. — Néoplasmes de la glande thyroïde (3 cas) ;

VIII. — Néoplasmes à localisations moins fréquentes (6 cas).

CHAPITRE II

STATISTIQUE PORTANT SUR 103 CAS DE TUMEURS MALIGNES CHEZ LE JEUNE DE 0 A 15 ANS

Dans ce chapitre, nous allons présenter une suite de statistiques d'une façon sèche et brutale, nous réservant de les étudier en détail et de les commenter dans un second chapitre.

Chaque tableau est divisé en dix colonnes : de gauche à droite, nous trouvons successivement : le numéro d'ordre, le nom, l'âge, le sexe, la localisation, le résultat histologique, un rappel sommaire de la clinique, avec un condensé résumant le plus possible de caractéristiques essentielles, enfin les références des publications.

TUMEURS MALIGNES DE L

I. — MASSIF

MAXILLA

N°	NOM	AGE	SEXE	LOCALISATION	HISTOLOGIE
I	Rose-Marie R...	4 1/2	F.	Max. sup. D.	Sarcome fibro-blastique.
II	Roger I...	5	M.	Max. sup. D.	Lymphosarcome.
III	Albert M...	4	M.	Max. sup. D. et G.	Sarcome lymphocytaire.
IV	R. Albert.	1 1/2	M.	Max. sup. G.	Lymphocyto-lymphoblastome.
V		8	F.	Max. sup.	Epithélioma spinocellulaire.
VI		13	M.	Max. sup. G.	Epithélioma malpighien. Inte diaire.
VII		13	F.	Max. sup. D.	Epithélioma pavimenteux laire non kératosique.
VIII		12	M.	Tumeur des deux max. sup.	Ostéosarcome.

FACE chez l'enfant de 0 à 15 ans

EUX FACIAL

UPERIEUR

CLINIQUE	TRIATEMENT	SURVIE	C.F.
vril 1946. Saillie de la face antérieure du max. sup. D., s'étend rapidement à la région malaire et palatine. Traité comme kyste paradentaire. Récidive rapide. Taille mandarine, œil droit fermé, comble sillon nasogénien. Radiographie : opacité du sinus max. D.	Radiothérapie 8.000 r. en tout. Champs { max. D. ant. / max. D. lat. / sous-max. D. / sous-max. G.	Cinq ans après guérison locale, atrophie du max. sup. D.	Huguet. Carrega. Achard.
oussure palatine incisée, par la suite accroissement rapide, comblement de la fosse nasale D. et du cavum.	Radiothérapie 6.250 r. au total en trois champs.	Un mois après paraplégie nouvelle radioth. 2.800 r. total, mort 3 mois plus tard.	Huguet.
ovembre 1948. Après avulsion dentaire, tumeur bourgeonnante. Inflammation. Presque simultanément apparaissent une tumeur du max. sup. D. et du max. sup. G. Une hydrocèle gauche avec tumeur testiculaire, une hépatomégalie avec ascite.	Radiothérapie : champ max. 2.800 r. champ abd. 1.800 r. Téléroentgenthérapie 30 r. × 2 = 60 r.	Début janvier 1949, cachexie apparaît. Décédé fin janvier.	Carrega. Huguet.
anvier 1951. Tumeur de la face ext. du max. sup. G. étiquetée : « branchiome mixte ». Avril 1951. Tumeur grossit fait saillie dans le vestibule buccal. Exérèse en bloc suivie de biopsie.	2 mai. Radiothérapie 5.700 r. au total. 3 champs { jug. ant. 2.000r. / jug. lat. 2.000r. / jug. D. 1.700r.	Récidive le 12 jui Radioth. 2.000r. Oct. nouvelle récid. para-nasale et ganglionnaire. Radioth. 2.000 r.	chard.
ctobre 1935. Début par douleur dentaire. Curettage en mars 1936. Tumeur grossit rapidement, envahit tout le max. sup. pas d'adénopathies.	Avril 1936. Résection totale. Radium *in situ* : 28,8 MCD.	Décès le 10 juin 1936.	Dargent. Gignoux.
vril 1932. Douleur dentaire; une tuméfaction du max. sup. se développe, dévie le nez, palais et gencives sont tuméfiés.	Juillet 1932. Curiethérapie sur appareil moule ext. 59 MCD. Appareil endo-buccal 20 mg. de radium laissé 83 h. Radiothérapie profonde 2 champs 500 r.	Tumeur grossit s'ulcère. Décès le 11 janvier 1933.	Grandclaude. Nuyten.
nvier 1938. Obstruction nasale droite, bourgeons sur cornet inf. droit. Radiographie : opacité sinus max. et de l'ethmoïde droit.	Opération. Radiothérapie post-opératoire.	1944. Guérison, donc survie de 6 ans.	Mounier. Kuhn.
	Résection totale du max. sup. droit à gauche, résection jusqu'au trois dernières molaires en un seul temps.	Suites inconnues.	Moussard.

N°	NOM	AGE	SEXE	LOCALISATION	HISTOLOGIE
IX		12	F.	Max. sup.	Sarcome.
X		14	M.	Max. sup.	Ostéosarcome.
XI		9	M.	Max. sup. D. et G.	Ostéosarcome.
XII		9	F.	Max. sup. G.	Sarcome.
XIII		8		Max. sup. G.	Sarcome fuso-cellulaire.
XIV		12	F.	Max. sup.	Lymphosarcome.
XV		12	F.	Max. sup.	Sarcome ostéogénique.
XVI		3 mois		Max. sup.	Angiosarcome.
XVII	Marcelle C...	13	F.	Max. sup. G.	Sarcome.
XVIII	Christian D...	3 mois	M.	Max. sup. D.	Sarcome d'Ewing.
XIX	Francine N...	4	F.	Région malaire et sous-orbitaire.	Réticulo-sarcome.
XX	Anita D...	4	F.	Plancher de l'orbite.	Ostéo-sarcome.

CLINIQUE	TRAITEMENT	SURVIE	C.F.
Tuméfaction sous-orbitaire et palatine.	Résection totale.	Suites inconnues.	BERTHIER.
Tuméfaction du max. sup. ayant mis six mois à se développer.	Résection totale.		MARSH.
Tumeur des deux maxillaires sup. avec envahissement des fosses nasales.	Résection à la demande des deux max.	Bon état 4 ans après.	SERVAIS.
Maxillaire supérieur gauche.	Résection totale.		KUMMER.
1918. Tumeur du volume du poing. Résection chirurgicale. 1920. Récidive, intervention. 1923. Récidive, intervention. 1935. Récidive. Biopsie. intervention partielle.	Intervention chirurgicale à chaque récidive.	Certainement décédée.	DUCLOUX.
Exophtalmie et saillie de la paroi antérieure du sinus.	Radiothérapie.	Pas suivie.	BLOCH.
Avril 1944. Opération pour kyste d'origine dentaire. Pas de cicatrisation. Juin 1945. Opération sur tumeur et biopsie.	Radiothérapie.	Décès en septembre 1945.	BORIES. HENRY.
Septembre 1932. Algies faciales, hypoacousie gauche. Exophtalmie gauche, infiltration des muscles masticateurs. Polype dans le meat moyen gauche.	Radiothérapie. Champ malaire gauche 2.000 r.	Décès le 9 juillet 1935.	MONTPELLIER.
Juin 1949. Tumeur dure mal limitée faisant corps avec l'os. Radiographie : large destruction du sinus max. et du malaire droit, le bord inf. de l'orbite est épaissi.	Radiothérapie 4 champs en deux séries. 1 malaire D. 5.000 2 s.-mal. D. 5.000. 3 sin. max. D. 3.000. 4 max. D. ant. 1.000.	Grosse amélioration. Pas de douleurs, pas de ganglions.	STRASBOURG.
Septembre 1950. Tumeur ayant débutée dans la région malaire intéressant toute la région sous-orbitaire débordant sur toute la région zygomatique. Aspect pseudo-rénitent, gros œdème de la paupière inférieure. Pas d'adénopathies décelables.	Septembre 1950 : Radiothérapie 6.000 r. Au total, 2 champs: jug. ant. G. jug. post. G.	Octobre 1950 : bon état général, tumeur non diminuée. Décès le 25 janvier 1951.	PARIS.
Tuméfaction indurée élastique adhérente au malaire et aux plans superficiels, compression oculaire. Cécité complète de l'œil droit. Déformation du nez, fosse nasale droite comblée, envahissement du sinus max. et de la voûte palatine.	Radiothérapie 2.750 r. au total.	Sans nouvelle.	

N°	NOM	AGE	SEXE	LOCALISATION	HISTOLOGIE
XXI	Maurice L...	12	M.	Voûte palatine.	Epithélioma malpighien.
XXII	Marie V...	13	F.	Voûte palatine.	Epithélioma malpighien baso-lulaire.

MAXILLAI

I	Denise B...	7	F.	Maxillaire inf. côté droit.	Réticulo-sarcome.
II	Marguerite R...	15	F.	Maxillaire inf. côté droit	Adamontinome.
III	Charles R...	8	M.	Maxillaire inf. gauche.	Lymphosarcome.
IV	Marie-Ant. A...	10	F.	Maxillaire inf. droit	Néoplasie d'allure maligne, fo de petites cellules générale ovales.
V	Gilles M...	8	M.	Maxillaire inférieur.	Lymphosarcome.

CLINIQUE	TRAITEMENT	SURVIE	C.F.
A l'intérieur de la bouche, grosse masse rougeâtre, dure, au niveau du voile du palais semblant dédoubler le voile. A droite : tumeur cervicale paraissant ganglionnaire, dure, fixée sur le maxillaire. Il existe quelques ganglions susclaviculaires. A gauche, quelques adénopathies cervicales. On note aussi une exophtalmie droite.	Avril 1940. Radiothérapie 2.400 r. en deux champs : cervical D. et G.	Rentre chez lui très amélioré. Pas de nouvelles par la suite.	MARSEILLE.
Tuméfaction en plateau, muqueuse ulcérée sur un centimètre et demi de diamètre; saigne au contact. Située au contact de la dernière molaire sup. G. Adénopathie sous-maxillaire d'allure normale.	Inconnu.		MONTPELLIER.
INFERIEUR			
Juin 1949. Péricoronarite d'une molaire inf. droite traitée par cautérisation. Par la suite tumeur dure, mal limitée siégeant sur le rebord interne du max. inf. à hauteur de la première molaire droite. Adénopathie sous-mentale. Métastases pulmonaire, cérébrale, orbitaire.	Radiothérapie	Décédé le 28 août 1949.	PARIS.
Octobre 1949. Tuméfaction de la gencive inf. droite, ni douloureuse, ni fluctuante. Radiographie : importante perte de substance au niveau de la branche horizontale du max. inf. D.	Exérèse en octobre 1949. Récidive en août 1950. Nouvelle exérèse. Radiothérapie février 1951, total 5.000 r. en deux champs : sup. max. et sous-max.	Décembre 1951. Guérison clinique, recalcification.	STRASBOURG.
Avril 1948. Tumeur de la moitié gauche de la gencive inf. augmentant continuellement de volume, rouge, chaude, s'accompagnant de circulation collatérale. Ganglions sous-t mentaux.	Radiothérapie 2.000 r.	Juillet 1948. Apparition d'une grosse rate. L'enfant meurt le 10 août 1948.	MARSEILLE.
1945. Joue droite déformée depuis la région molaire jusqu'à l'emplacement de la première prémolaire, petite masse bourgeonnante, ulcération à l'emplacement de la première molaire. Adénopathie sous-maxillaire dure, mobile.	Radiothérapie 10 séances : 5.000 r. au total. Deux champs : max. inf. lat. sous-max.	Décédée novembre 1949.	C.R.A.C. TOULOUSE.
1946. Tumeur en avant de l'angle de la mâchoire droite apparue après avulsion dentaire. Néoformation bourgeonnante de la gencive inf. D.	Radiothérapie 5.000 r. deux champs : sous-max. lat.	Décédé.	C.R.A.C. TOULOUSE.

N°	NOM	AGE	SEXE	LOCALISATION	HISTOLOGIE
					E
I	Michèle B...	13	F.	Ethmoïde.	Ostéochondrosarcome.
II	Maurice W...	11	M.	Ethmoïde.	Epithélioma pavimenteux stra atypique.
III	Anne-Marie L...	14	F.	Ethmoïde.	Epithélioma baso-cellulaire.
IV	Georges T...	14	M.	Ethmoïde.	Esthésio-neurocytome.
					FR
I	Jean-Pierre C...	2,1/2	M.	Os frontal.	Sarcome d'Ewing.
					II. — RÉGIO
I	L. A...	14 1/2	M.	Joue gauche.	Sarcome à cellules fusiformes.

CLINIQUE	TRAITEMENT	SURVIE	C.F.
IOIDE			
anvier 1951. Tuméfaction à l'angle interne de l'œil droit (amande) dure, indolore, fixée à la racine du nez, non adhérente à la peau. Douleurs spontanées, larmoiement à droite.	Le 3 janvier 1951 : intervention. Ouverture du sinus frontal et ethmoïdectomie. Radiothérapie post-opératoire 10.200 r. au total en trois champs.	1er mars 1952. Bon état général. Aucune récidive locale.	NANCY
éphalée, larmoiement de l'œil droit, paupière tuméfiée, œil rouge. adiographie : voile sur l'ethmoïde, déviation de cloison à droite, aplasie des sinus frontaux.	30 décembre 1949 : intervention, exérèse. Tumeur molle de l'ethmoïde étendue dans le sinus sphénoïdal et la région postérieure de l'orbite. Radiothérapie post-opératoire.	Récidive : en février 1950; en octobre 1950; en février 1951, perdu de vue.	STRASBOURG C.A.C.
mai 1947. Tumeur de l'angle interne de l'orbite droite. Exophtalmie œil déjeté à droite. Bourgeonnement abondant du cornet moyen, du meat, et du bord sup. du cornet inf.	Radiothérapie : 3.500 r. Champs circulaires centrés sur l'œil.	Récidive en mai 1948. Radiothérapie, 4 séances. Décédé le 25 mars 1948.	C.R.A.C. TOULOUSE.
940. Tuméfaction ethmoïdo-orbitaire gauche progressive.	1940. Curettage externe. 1944. Incision paralatéro nasale, curettage. Curiethérapie 48 h. 9,6 m. c. d. Radiothérapie : 3. 900 r. total.	Récidive en 1944. 1949. Pas de récidive.	MARTIN. DARGENT. GIGNOUX.
AL			
anvier 1946. Tumeur frontale au-dessus de la glabelle, dure, fixée. Ganglions prétragiens droits. Signes radiologiques. Amincissement de la corticale frontale. Métastase à avant-bras droit.	Radiothéropie : 1.400 r. Champ frontal.	Décédé le 3 mars 1947.	MARSEILLE.
UPERFICIELLES			
uillet 1945. Tumeur au milieu de la joue gauche (noix), dure, lisse, indolore, adhère aux plans profonds, peau mobile.	Août 1945. Ablation par voie endobuccale. Radiothérapie 5.000 r. au total.	25 mars 1946. Récidive. Radiothérapie 5.000 r. Décédé le 15 novembre 1946.	C.R.A.C TOULOUSE.

N°	NOM	AGE	SEXE	LOCALISATION	HISTOLOGIE
II	B. P...	15	M.	Région temporo-zygomatique.	Lymphosarcome.
III	Claudine L....	2 1 /2	F.	Région temporale gauche.	Sarcome lymphoblastique.

CLINIQUE	TRAITEMENT	SURVIE	C.F.
oût 1951. Tuméfaction siégeant sur l'écaille du temporal (abricot) s'étend à région temporale, protusion du globe oculaire. Mobile sur plans superficiels, adhérente aux plans profonds. Radiographie, perte de substance du pourtour orbitaire de région temporale.	Décembre 1951. Radiothérapie 5.000 r. au total. Février 1952. Baisse vision œil droit. Paralysie du VI. Radiothérapie 11.500 r.	Février 1952. Métastase abdominale. Radiothérapie. Mai 1952, Ganlion carotidien. Radiothérapie 3.000 r. Nouveau traitement 1.900 r. Décédé le 16 juin 1952.	Toulouse.
lars 1948. Néoformation temporale G. Biopsie. Sarcome lymphoblastique. Radiothérapie. .vril 49. Récidive + métastase à la cuisse, nouvelle radiothérapie.)éc. 49. Récidive, radiothérapie de contact. anv. 50. Mastoïdite aiguë opérée. Biopsie = lymphosarcome.	Mars 1948. 2.000 r. au total, champ temporal. Sept. 48. 3.000 r. au total. Avril 49 1.500 r. au total. Juin 49. cuisse G. 5.000 r. temp. 1.250 r. Déc. 49. contact 2.500 r. Janv. 50. 3.000 r. au total. Champ. rétro-max. 1.000 r. rétro.-aur. 1.000 r. sus-auric. 1.000 r.	Décédé.	C.R.A.C. Toulouse.

N°	NOM	AGE	SEXE	LOCALISATION	HISTOLOGIE
I		3 1 /2		Naso-pharynx.	Sarcome globo-cellulaire.
II		6		Naso-pharynx.	Carcinome à solidum simplex.
III		14		Naso-pharynx.	Sarcome embryonnaire.
IV		4		Naso-pharynx.	Sarcome.
V		12		Cavum.	Sarcome à grande cellule rond
VI		13		Cavum.	Sarcome à cellule ronde.
VII		13		Cavum.	Sarcome à cellule ronde.
VIII		5		Naso-pharynx.	Sarcome fuso-cellulaire.
IX		10		Cavum.	Myxo-sarcome.
X		10		Cavum.	Myxo-sarcome.
XI		10		Cavum.	Lympho-sarcome.
XII		13		Cavum.	Carcinome.
XIII		14		Cavum.	Sarcome greffe sur fibrome.
XIV	José V...	9	M.	Coulée postéro-latérale de l'oro-pharynx.	Epithélioma baso-cellulaire.
XV	Maurice V...	8 1 /2	M.	Cavum.	Sarcome angioblastique.

UM chez l'enfant de 0 à 15 ans

CLINIQUE	TRAITEMENT	SURVIE	C.F.
éformation de la face, exophtalmie.	Ablation après vélo-fissure.		Brault.
ıs de signes pharyngiens. Début par adénopathie.			Jeannenet. Bale.
éformation de la joue, douleur, paralysie des VII, VIII, II, généralisation aux viscères.	Extirpation par voie nasale.	Mort au bout de 38 jours.	Veillont 1874.
efoulement du voile, ganglions cervicaux.			Scheinmann.
bstruction nasale, propagation à l'oro-pharynx, la langue, les ganglions.	Ablation à l'anse froide et à la pince.	Décédé quelques mois après.	Citelli.
bstruction nasale et hémorragies très fréquentes.	Ablation à la curette.	Décédé quelques mois après.	Gerber.
émorragies répétées, dyspnée nasale, douleur.	Opération par voie naturelle.		Schreiber.
bstruction nasale, refoulement du voile.	Curettage.		Senator.
ppuration de l'oreille, douleur.	Abord par voie maxillaire et curettage.	Décédé au bout de 20 jours.	Escat.
iminution de l'audition, obstruction nasale.	Deux curettages successifs. le deuxième avec cautérisation.	Mort rapide.	Caldeira.
bstruction nasale, grosse adénopathie sous-angulo-maxillaire. Névralgie du V, paralysie du XII et du VII. Atrophie opht.	Ablation à l'anse froide. R. X.	Décédé 7 mois après début.	Clerc.
pathie, anorexie, céphalée, obstruction nasale, amaigrissement, petits ganglions cervicaux, paralysie du VI.		Mort au bout de 3 mois.	Siebenhann.
	Ablation par voie naturelle.	Mort 10 mois après début.	Dabney.
ébut tuméfaction cervicale droite (mandarine), dure, indolore, fixée et voix nasonnée, toucher décèle masse tumorale fermée de coulée droite de l'oro-pharynx.		Mort par hémorragie 7 mois plus tard.	Mlle Condat. MM. Gadrat, Lasserre. Toulouse.
3 janvier 1945. Tumeur volumineuse polypeuse s'implantant sur le pavillon tubaire D. et ayant un prolongement dans l'oreille moyenne.	Exérèse. R. X., dose totale 3.000 r. Télécuriethérapir : 10 r. 3 fois par sem.	Décès 10 novembre 1945.	Paris.

N°	NOM	AGE	SEXE	LOCALISATION	HISTOLOGIE
XVI	J-Claude C... de	5,1 /2	M.	Cavum.	Sarcome lymphoblastique.
XVII	Marcel B...	13	M.	Cavum.	Sarcome, lymphocytome lym blastique.
XVIII	Henri V...	15	M.	Cavum.	Epithélioma indifférencié.
XIX	K. A...	12	M.	Cavum.	Lymphosarcome.
XX	L. R...	13	F.	Cavum.	Epithélioma malpighien ind rencié.
XXI	O. A...	14	M.	Cavum.	Epithélioma peu différencié.
XXII	Jean C...	14	M.	Naso-pharynx.	Lymphosarcome.
XXIII	P. L...	13 1 /2	F.	Cavum.	Epithélioma baso-cellulaire.

CLINIQUE	TRAITEMENT	SURVIE	C.F.
ımeur comble tout le naso-pharynx, consistance dure. Adénopathies angulo-max. droit.	Radiothérapie.		STRASBOURG.
:tobre 1942. Obstruction nasale D. Gros nodule dur, perceptible dans le cavum, adénopathie de chaîne carotidienne.	Intra-buccal ..... 2.000 Sous-max. D. .... J 1.500 G. .... J	Mais plus tard vie normale, depuis perdu de vue.	MARSEILLE.
avril 1944. Obstruction nasale, épistaxis, adénopathie jugulocarotidienne bilatérale. Grosse masse bourgeonnante du cavum.	Radiumthérapie 30 mgr. 30 mai 1944. Radiothérapie 9.050 r. en deux champs D. et G.	Inconnues.	GIRAUD. SITBON. ROSA.
mars 1948. Tumeur du cavum dépassant niveau du voile, molle, ulcérée. ptembre 1948. Adénopathie cervicale G. dure mobile, coexistant avec masse derrière piliers postérieurs.	Radiothérapie.		GIRAUD. SITBON. ROSA.
juin 1950. Obstruction nasale progressive, adénopathie cervicale bilatérale. Tumeur emplissant tout le cavum.	Radiothérapie 9.000 r.	Février 1951. Récidive des adénopathies. Radiothérapie.	GIRAUD. SITBON. ROSA.
décembre 1950. Hémicéphalée. Ptosis paupière sup. D., trismus, obstruction nasale, paralysie III et V, asymétrie du voile, paralysie hemivoile droit. Tumeur bourgeonnante de région tubaire.	Radiumthérapie 30 mgr.		GIRAUD. SITBON. ROSA.
mars 1938. Tuméfaction de région cervicale gauche. Ablation : un mois après récidive. Apparition d'obstruction nasale et de surdité gauche. Voile bloqué, cavum comblé par tumeur bourgeonnante.	Radiothérapie 6.750 r. trois champs.	Décès 29 avril 1939.	C.R.A.C. TOULOUSE.
cembre 1939. Tumeur de région parotidienne (poing), mollasse, lisse, indolore, mobile sur plans profonds. Tumeur dans le cavum.	Radiothérapie 5.600 r. total. Méthode de Stockholm. Récidive ganglionnaire. Septembre 1940. Radiothérapie 7.500 r.	Métastase humérale. Perdu de vue.	C.R.A.C. TOULOUSE.

TUMEURS DE LA CAVITE BUCO-

TUMEURS

N°	NOM	AGE	SEXE	LOCALISATION	HISTOLOGIE
I	F. J...	14	M.	Amygdale gauche.	Lympho-sarcome à prédomin lymphoblastique.
II	Jean H...	14	M.	Amygdale gauche.	Réticulo-sarcome trabéculaire
III	Jean C...	15	M.	Amygdale gauche.	Lymphosarcome.
IV	Gérard C...	9	M.	Amygdale.	Hyperplasie lymphoïde simpl
V	Simon N...	9	M.	Amygdale gauche.	Lymphocytome.
VI	René S...	13	M.	Amygdales.	Sarcome.
VII	Claude P...	8	M.	Amygdale gauche.	Réticulopathie maligne type culose. Histiomonocytaire.
VIII	René A...	9	M.	Amygdale droite.	Sarcome lymphoblastique.
IX	René T...	8	M.	Amygdale gauche.	Sarcome lymphoblastique.
X	Joséphine N..	9	F.	Amygdale gauche.	Sarcome lymphoblastique.
XI	René L...	8	M.	Amygdale gauche.	Chondrome.

RYNGEE chez l'enfant de 0 à 15 ans

L'AMYGDALE

CLINIQUE	TRAITEMENT	SURVIE	C.F.
oût 1949. Néoformation en battant de cloche prenant naissance sur le pôle inférieur de l'amygdale, molle, irrégulière, recouverte d'enduit grisâtre, pas de ganglion.	Exérèse au bistouri électrique + coagulation. Radiothérapie post-opétoire 5.600 r. en 46 séances. Portes (cervicale D., G., pert).	Février 1952. Pas de récidives.	Dr Grimaud. Nancy.
illet 1950. Douleurs. Hypertrophie amygdalienne; bombement du voile, refoulement de la luette, petite ulcération. Pas d'adénopathie.	Radiothérapie 7.200 r. au total.	Vol. adénopathies cervicales G. Hémorragie. Mort.	Dr Grimaud, Nancy.
ars 1925. Volumineuse amygdale gauche, adénopathie cervicale bilatérale.	Amygdalectomie bilatérale Radiothérapie.	Cachexie. Mort juin 1925.	Montpellier
écembre 1947. Volumineuse amygdale.	Radiothérapie 5.000 r. au total.	Récidive, décédé juin 1948.	Montpellier
nvier 1934. Grosse amygdale gauche ulcérée. Adénopathie sus-claviculaire gauche, carotidienne, rétro-auriculaire.	Amygdalectomie bilatérale Radiothérapie.	Mort octobre 1934.	Montpellier
vril 1949. Grosses amygdales. Adénopathie angulo-maxillaire gauche. Voix nasonnée.	Amygdalectomie. Récidive peu après. Radiothérapie.	Juillet 1950. Bon état général.	Strasbourg
rosse amygdale (noix) indolore de consistance inégale. Adénopathie cervicale G. Poumon normal.	Radiothérapie.		
évrier 1950. Amygdale droite volumineuse, grosseur d'une noix; repousse la luette à gauche. Adénopathies cervicales bilatérales.	Radiothérapie 11.400 r. en quatre champs.	Février 1952. Pas de récidive.	Lyon.
ptembre 1949. Enorme amygdale grosseur de mandarine ferme, rosée indolore. Adénopathie cervicale axillaire inguinale. Poumon normal.	Radiothérapie 2.500 r. au total.	Métastase abdomi-tnale. Décès décembre 1949.	Lyon.
ai 1939. Grosse amygdale 5 cm. de diamètre consistance liqueuse, cartilagineuse. Pas de ganglions.	Radiothérapie total 3.000 r., trois portes cervico-maxil. D. et G. + intrabuccal. Radiumthérapie.	Décès octobre 1939.	Marseille.
mai 1933. Région amygdale gauche occupée par une masse située entre piliers intacts. Masse dure, rénitente, indolore. Bombement du voile. Luette déviée à droite. Pas d'adénopathies. Amaigrissement important, 3 kg. en trois mois.	Radiothérapie 4.320 r., 3 portes : angulo max. G. en arrière à droite.	Métastase pleurale.	C.R.A.C. Toulouse.

N°	NOM	AGE	SEXE	LOCALISATION	HISTOLOGIE
					AUTRES
I	X...	9	M.	Lèvre inf. côté gauche.	Cancer à cellule plate. cancr
II	Joseph B...	7	M.	Pente pharyngée de la langue.	Epithélioma malpighien atypi
III	Jeannine.	4	F.	Plancher buccal.	Angio sarcome.

CLINIQUE	TRAITEMENT	SURVIE	C.F.
ALISATIONS			
odule de la grosseur d'un pois sur lèvre inférieure du côté gauche. Ce nodule est indolore et résiste à toute thérapeutique conservatrice. Une biopsie est faite = cancer.	Excision dans les limites du tissu intact; la glande sous-max. ayant été extirpée au préalable, elle est indemne de cellules néoplasiques. Radiothérapie post-opératoire.		Abdanski Pologne.
mai 1946. Tumeur bourgeonnante de toute la pente pharyngée de la langue à prédominance droite. A droite ganglion rétro-angulo-maxillaire forme mobile (noix), quelques ganglions jugulaires. A gauche, ganglion rétro-angulo-max.	Radiothérapie : max. D. .... 3.000. r G. .... 3.000. r	Décédé le 28 août 1946.	Montpellier
in 1938. Tuméfaction du plancher buccal, rénitente, indolente. Pas d'adénopathie. Ablation. Biopsie. Angiome infecté. Août 1938. Récidive. Nouvelle intervention, récidive rapide avec troubles respiratoires. Nouvelle exérèse et biopsie = Angiosarcome.	Exérèse. Curiethérapie. 4 aiguilles 6, 34 M.C.D. Récidive région post. 2 aiguilles 0,82 M.C.D. Collier de radium.	Avril 1939, récidive locale. Métastase pulm. Perdue de vue.	Bodard. Florentin. Grimaud. Blum.

N°	NOM	AGE	SEXE	LOCALISATION	HISTOLOGIE
I	X...	13	F.	Corde vocale gauche sur toute sa longueur.	Cancer (Dr Lignac).
II	Y...	5	M.	Glotte.	Epithélioma intermédiaire sp cellulaire.
III	M.-M. A...	15	M.	Base de l'épiglotte gauche, bande ventriculaire gauche aryténoïde gauche.	Epithélioma malpighien atypi
IV	M. X...	15	M.	Corde vocale gauche.	Epithélioma spino-cellulaire.
V		3 1/-	F.	Tumeur maligne sur papillome comblant le larynx.	Epithélioma papillaire.
VI	S. D...	14	F.	Aryténoïde et corde vocale droite paraissent franchir la ligne médiane.	Epithélioma spino-cellulaire.
VII		15	M.	Moitié ant. des deux cordes vocales, commissure ant. indemne.	Epithélioma spino-cellulaire.

NX chez l'enfant de 0 à 15 ans

CLINIQUE	TRAITEMENT	SURVIE	C.F.
rouement, pas de température, on état général. Tumeur presque isse, pas ulcérée. Ganglions sous-naxillaires petits, durs.	Radiothérapie 40 séances.	Amélioration mais pronostic réservé.	
nonie, dyspnée progressive, tirage. Enfant pâle, amaigri. Masse grise osée irrégulièrement arrondie, pas ulcérée, ressemblant à image de bille posée sur la glotte.	Trachéotomie puis thyrotomie, ablation en bloc à la curette. 13 radiothérap., total 5.400 r. en 3 champs latéral D. et G. médian.		AUBRIOT NANCY.
rouement puis par la suite dyspnée progressive obligeant le chirurgien à pratiquer une trachéotomie. Tumeur sessile de la base de l'épiglotte envahissant la bande ventriculaire et l'aryténoïde, ne saigne pas au contact, pas d'adénopathie.	Radiothérapie.	Sans nouvelles.	A. MOULONGUET.
rouement datant de trois ans avec yspnée, curiethérapie suivie de biopsie : tumeur bénigne. Cinq mois après tirage obligeant à trachéotomie. Biopsie : spino-cellulaire.	1er traitement : curiethérapie. 2e traitement : laryngectomie totale.		FIGI et NEW.
billome du larynx. Traitement mixte chirurgical et radiothérapie. Récidive rapide, trachéotomie à demeure. Bourgeons deviennent durs, blanchâtres, à gros grains. Biopsie : épithélioma papillaire, pas d'adénopathies.	Juin 1928 : thyrotomie. A la curette et au ciseau une laryngectomie totale est réalisée. Novembre 1928. Radiothérapie plus curiethérapie car récidive sur cicatrice. Un an après récidive sur base d'épiglotte nouvelle radiothérapie.	Foyer. Le foyer paraît cliniquement stérilisé.	Professeur LEMAITRE
âge, enrouement datant de 15 jours, pas d'adénopathies.	Thyrotomie montre vastes lésions bilatérales. On pratique une laryngectomie totale. Suites excellentes.	Trois mois après récidive autour de canule. Radium, aggravation rapide.	BREMONT et BONNET.
écité de la voix. Tuméfaction ulcéreuse et kératoïde de la moitié ant. des cordes vocales, mais la commissure ant. n'est pas envahie.	Résection sous-périostée large.	Récidive cinq mois après.	VAN DEN WILDENBERG

N°	NOM	AGE	SEXE	LOCALISATION	HISTOLOGIE
VIII	R.-M. S...	6 1 /2	M.	Larynx.	Epithélioma papillaire.
IX	La...	15	M.	Larynx.	Epithélioma spino-cellulaire.

CLINIQUE	TRAITEMENT	SURVIE	C.F.
oût 1942. Voix étouffée, dyspnée progressive. tobre 1942. Granulation de caract. papillomateux couvrant la fente glottique, ulcération de l'aryténoïde droit. Grosse masse ganglionnaire sous-max. droite, quelques ganglions à gauche.	Trachéotomie octobre 1942 Radiothérapie progress. novembre 1942.	Métastase au tibia et cerveau.	Boylan. Orton. Newark N. S.
meur d'aspect muriforme ressemlant à papillome, pas de ganglions, crépit. laryngée. 1re biopsie : spino-cell. (Pr Argot). Pas de trait., le médecin traitant s'y oppose. Un mois plus tard tumeur augmente de volume et prend l'aspect clinique d'un épithélioma.	Etant donné l'âge, le professeur Calvet hésite à faire une hémilaryngectomie, et fait de la radioth. 9.000 r. Tumeur se résorbe rapidement et on voit le point de départ milieu de la corde.	Disparition complète. Vu tous les ans. Sept ans après guérison maintenue.	Professeur Calvet Toulouse.

N°	NOM	AGE	SEXE	LOCALISATION	HISTOLOGIE
I	Gilles R...	4	M.	Aile du nez gauche	Histiosarcome.
II	Yvette A...	6	F.	Aile du nez.	Fibrosarcome.
III	Guy H...	14	M.	Fosse nasale gauche.	Biopsie ganglionnaire, méta d'épithélioma.
IV	Paul L...	15	M.	Fosses nasales.	Epithélioma pavimenteux sta
V		15	F.	Fosse nasale droite.	Carcinome.
VI	Emile L...	3	M.	Fosse nasale gauche.	Myxosarcome.
VII	Henri B...	8	M.	Tête cornet inf. droit.	Sarcome lymphoblastique.
VIII	Jacques L...	11	M.	Tête et bord libre du cornet inf. droit.	Sarcome lymphoblastique.

CLINIQUE	TRAITEMENT	SURVIE	C.F.
oût 1951. Tumeur nodulaire du volume d'une grosse bille déformant l'aile du nez gauche; fait corps avec la peau et bombe dans le vestibule narinaire. Examen endonasal : tumeur lisse non ulcérée cachant le vestibule. Petits ganglions sous-maxillaires très mobiles.	Télérœngenthérapie : 3 séances, total 3.425 r.	Février 1952. Excellent état.	Lyon.
évrier 1937. Petite tumeur de l'aile du nez.	Exérèse puis récidive. Nouvelle exérèse + radium 15 mgr.	Décédé sept. 1950.	Lyon.
Mai 1950. Amaigrissement, gêne respiratoire, épistaxis. Polype qui adhère au niveau de la queue du cornet. Adénopathies fixées à droite, dure, liqueuse à gauche. Tumeur de la fosse temporale gauche (ggl.).	Rœntgenthérapie. Février 1951. 3 champs : jugal G., pétragien G., cervical D., total 4.800 r. Sept. 1951, 4 champs : 12.800 r. Radiophosphore 2 mgr.	Décembre 1951. Bon état général.	Paris.
Mai 1909. Tumeur bombant au niveau du plancher des fosses nasales. Cavum oblitéré par tumeur, bombement du palais à gauche, obstruction nasale, douleur sous-orbitraire, bourdonnement d'oreille	Désobstruction nasale. Rœngenthérapie en juil. 1950.	10 décembre 1950. Etat satisfaisant.	Strasbourg.
umeur charnue recouverte de mucosités sanglantes appartenant à la queue du cornet inférieur.	Opération radicale avec ablation de la paroi int. du sinus maxillaire.	Pas de récidive après recul de deux ans.	Debre.
bstruction nasale, côté droit normal, côté gauche masse grise jaunâtre molle obstruant complètement le côté au contact.	Ablation à la pince et au galvanocautère récidive très rapide	Perdue de vue.	C. T. Ross Montréal.
bstruction nasale droite. Hémorragies. Petite tumeur (bille) pédiculée non bourgeonnante ferme. Adénopathie satellite sous-max. droite.	Radiothérapie 4.600 r. en deux champs : sous-max. D.; narinaire D. Radium tube de 100 intra-narinaire 41 h. 4,1 M.C.D. Curiethérapie ganglionnaire 20,4 M.C.D.	Guérison maintenue 12 ans.	Gignoux. Gaillard.
bstruction narinaire droite par masse tumorale infectée sphacélique sur tête et bord libre du cornet inf. droit. Pas d'adénopathie perceptible.	Radiothérapie 6.900 r. en 3 champs. Radiu mintranasal. 2 aiguilles de 10 laissée 5 jours, 2,4 M.C.D.	Août 1950. Excellent état local e général.	Gigno Gailly

N°	NOM	AGE	SEXE	LOCALISATION	HISTOLOGIE
					PA
I	C. L...	11	F.	Parotide droite.	Epithélioma épidermoïde prin de la glande parotide.
II		6	F.	Parotide gauche.	Cellules très grandes à contou peu nets qu'elles semblent former qu'une seule masse pr plasmique, ce qui permet d'a mer une très grande malig
III		6 mois		Parotide.	Epithélioma.
IV	Viviane V...	3 ½	F.	Région parotidienne droite.	Fibrosarcome.
V	M.-G. M...	13	M.	Parotide.	Epithélioma trabéculaire.

CLINIQUE	TRAITEMENT	SURVIE	C.F.
IDE			
août 1938. Présente deux tuméfactions, une du côté dr. de la face, l'autre dans région cervicale haute droite. Tuméfactions non douloureuses, non fixée, celle de la face augmente régulièrement. Pas d'atteinte du facial.	Exérèse large associée à de la radiothérapie.	Cinq mois après état satisfaisant.	THOMAS, New-York.
meur de la fosse gauche, grosseur de mandarine siégeant au niveau de la branche montante du max. inf. Consistance variable, limites peu nettes, est adhérente à la peau. Ganglions sous-max. et carotidiens.	26 novembre 1903. Exérèse large. Facial sup. sectionné.	Sans nouvelle.	JAMBON.
meur parotidienne secondaire à une tumeur épithéliale congénitale du dos du nez opéré trois mois auparavant.	Exérèse.	Sans nouvelle.	BÉRARD.
meur ferme fixée, assez volumineuse, de caractère tumoral.	1.500 r. en 15 séances.	Récidive un mois plus tard. Là reprise du trait. radiothér. est interrompue car l'enfant est mourant.	CAUSSADE, Nancy.
septembre 1950. Petite tuméfaction de région parotidienne juste en avant et au-dessus du tragus, grosseur d'un pois, mobile. Intégrité du facial. Pas d'adénopathies.	Parotidectomie totale.	Janvier 1951. Bon état local et général.	BREHENT et FOURNIER, Oran.

N°	NOM	AGE	SEXE	LOCALISATION	HISTOLOGIE
I	B. A...	13	F.	Corps thyroïde.	Tumeur dure = épithélioma cylindrique. Tumeur molle = adenome.
II	X...	9	F.	Masse enrobant larynx et trachée.	Cancer.
III	Françoise J...	11	F.	Corps thyroïde.	Infiltration des fragments prélevés par une tumeur trabéculaire avec çà et là quelques petites formations renfermant de la colloïde, mitoses rares, mais monstruosités nucléaires. Stroma dense peu abondant.

THYROIDE chez l'enfant de 0 à 15 ans

CLINIQUE	TRAITEMENT	SURVIE	C.F.
5 mai 1948. Goitre médian sous-thyroïdien (œuf) mobile, mais d'une dureté liqueuse. Pas d'adénopathies, bon état général.	Thyroïdectomie quasi-totale. Présence de deux tumeurs, l'une dure, l'autre molle.	Sans nouvelles.	Guedj. Lecontour. Rozo. Segalen.
Masse tumorale s'étendant du cartilage thyroïde au sternum. Dyspnée laryngée, voix enrouée, pâleur cireuse, maigreur impressionnante. Tirage permanent avec paroxysme paralysie récurrentielle bilatérale en adduction. La radiographie montre des noyaux calcifiés comprimant circulairement la trachée. Adénopathie médiastinale. Pas de métastases pulmonaires.	Trachéotomie Radiothérapie.	Sans nouvelles.	Debain. Castan.
Accidents dyspnéiques répétés. Tumeur dure, mal limitée, prédominant à droite. Ganglions cervicaux satellites.	Mars 1947. Radiothérapie 6.000 r. en tout en deux champs D. et G. Novembre 1951. Iode radioactif, dose d'investigation ne permet pas de conclure.	Novembre 1951. Petit ganglion de région cervicale. On ne peut supprimer la canule.	Paris.

AUTRES LOCALISATIONS O.R.L. DES T

N°	NOM	AGE	SEXE	LOCALISATION	HISTOLOGIE
I	André S...	7	M.	Région sus-hyoïdienne.	Sarcome endothélio-angioblastiqu
II	Viviane K...	7	F.	Région mastoïdienne gauche.	Sarcome histiocytaire.
III	Georges C...	9	M.	Région para-amygd. gauche.	Hyperplasie lymphoïde simple.
IV	André M...	11	M.	Région carotidienne gauche.	Tumeur lymphoïde évoluant ve le lymphocytome.
V	J. D...	14	F.	Oreille moy. gauche.	Spinocell. à globes cornés.
VI	Jean M...	3	M.	Région parotidienne.	Fibro-myxome récidivant.

ÉURS MALIGNES chez l'enfant de 0 à 15 ans

CLINIQUE	TRAITEMENT	SURVIE	C.F.
etite formation tumorale de la région sous-maxillaire, rouge hémorragique, augmentant rapidement. Prolifération ganglion adjacente.	Radiothérapie : 4.500 r. au total.	Février 1952. Restitution *ad integrum*.	STRASBOURG
umeur pré et rétro-auriculaire gauche, ganglion chaîne carotidienne gauche. Radiographie. Légère destruction osseuse à l'angle sup.ext. de fente sphénoïdale sur la paroi ext. de l'orbite dans la région de l'apophyse mastoïde. Selle turcique normale.	Radiothérapie : 17.000 r. au total.	12 mai 1950. Métastase au max. inf. Perdu de vue.	STRASBOURG
vril 1942. Tumeur de la région rétro-max. gauche (œuf), du lobule à la région carotidienne moy. Fixée non adhérente aux max. inf. Prolongement de la tumeur dans la région sus-hyoïdienne. Dans bouche projette pilier ant. Myosis exophtalmie, rétréci, de fente palpébrale. Radiographie propagation aux apoph. clinoïde post.	Radiothérapie : 1.000 r. 2 champs : ang. max. G., ang. max. D. 4.000 r. oreille D., oreille G.	Métastase pulmonaire D. Décédé juillet 1943.	MONTPELLIER.
août 1937. Tumeur dure, fixée dans la région carotidienne gauche. Empâtement de la région épiglottique, ganglions solidaires de la tumeur.	Radiothérapie : 8.000 r. au total.	Décédé en septembre 1937.	
lars 1951. Ecoulement gauche, paralysie faciale gauche, mastoïdectomie le 23 mars 1951. La cavité d'évidement (pratiquée le 17 mai 1951) est très bourgeonnante, la région préauriculaire est gonflée. Le 17 septembre 1951 nouvelle intervention de nettoyage et biopsie.	Le 18 septembre 1951. Radiothérapie : 4.600 r. au total.	Mars 1952. Infiltration de région parotidienne et sous-parotidienne. Douleur. Gêne à l'ouverture.	LYON.
lai 1946. Tumeur rétromaxillaire droite augmentant rapidement depuis la naissance.	Septembre 1946. 2.000 r. Avril 1947 2.000 r. Septembre 1947. 1.700 r. Décembre 1947. 1.800 r. Septembre 1948. 3.100 r. Septembre 1949. 1.200 r.	Récidive. Avril 1947. Juillet 1948. Août 1949. 3 février 1950. L'enfant sort mourant.	PARIS.

CHAPITRE III

INTERPRÉTATION DES FAITS CLINIQUES

I. — TUMEURS MALIGNES DE LA FACE CHEZ L'ENFANT DE ZERO A QUINZE ANS

La face, et en particulier le massif osseux facial, paraît être, en oto-rhino-laryngologie, le siège de prédilection des tumeurs malignes de l'enfant.

Il est donc normal d'étudier en premier les cancers de la face, que nous avons scindés en deux groupes distincts, tant par leur origine que par leur évolution : les néoplasmes du massif osseux (31 cas), les néoplasmes des régions superficielles (3 cas).

Néoplasmes du massif osseux facial.

La totalité des cas de cancer des os de la face que nous avons pu réunir sont répartis en quatre catégories rangées par ordre de fréquence décroissante. Ce sont les tumeurs localisées :

— au maxillaire supérieur ;
— au maxillaire inférieur ;
— à l'ethmoïde ;
— au frontal.

a) *Tumeur maligne du maxillaire supérieur.*

Depuis Sebileau, on classe les tumeurs malignes du maxillaire supérieur en tumeur maligne de la méso-

structure, de la super-structure, de l'infra-structure. Or, à l'examen approfondi de nos observations, nous nous sommes aperçu que, chez l'enfant, on trouve surtout des *formes totales*, ceci tenant sans doute à la rapidité d'évolution de la néoplasie et au petit volume du massif osseux d'un enfant.

Cette constatation nous a amené à rassembler tous les cas sous le titre général de tumeurs malignes du maxillaire supérieur en laissant de côté la division classique, par ailleurs assez artificielle.

Le néoplasme du maxillaire supérieur est fréquent puisque nous avons pu en réunir 22 cas.

Contrairement à ce qui se passe chez l'adulte, le sarcome est la forme histologique la plus fréquente : 17 sarcomes contre 5 épithéliomas.

Les petits malades atteints de tumeurs épithéliomateuses sont, en moyenne, plus âgés que ceux atteints de sarcomes.

Les deux sexes paraissent également frappés.

Sur les 22 petits malades, nous connaissons la destinée de 10, les autres ayant été perdus de vue. Sur ces 10 enfants, 7 sont morts rapidement; 1 était en vie quatre ans après le début de sa maladie, les deux autres ont dépassé le délai de guérison de cinq ans.

b) *Tumeurs malignes du maxillaire inférieur.*

Elles sont moins fréquentes que celles du maxillaire supérieur. Sur les 5 cas que nous présentons, tous les petits malades ont dépassé l'âge de sept ans.

Deux de ces enfants ont fait des métastases : l'un au cerveau et au poumon (observation n° I), l'autre au niveau de la rate (observation n° III). Tout comme pour le maxillaire supérieur, le sarcome est la forme histologique la plus fréquente.

c) *Tumeurs malignes de l'ethmoïde.*

Elles sont d'un diagnostic difficile à la période de début, car l'investigation du labyrinthe ethmoïdal est rendue très difficile par sa position au fond des fosses nasales. Il n'est donc pas étonnant que les premiers signes révélateurs soient, comme le prouvent nos observations, des signes

d'envahissement oculaire et non des signes rhinoscopiques.

Ce sont des affections très graves, car, à la période où est fait le diagnostic, les cancers de l'ethmoïde sont peu chirurgicaux et peu radiosensibles, ce qui explique la fréquence des récidives ; trois récidives sur quatre cas.

d) *Tumeurs malignes du frontal.*

Très rares chez l'adulte, rarissime chez l'enfant, il n'est donc pas étonnant de n'avoir pu en trouver qu'une observation ; il s'agit d'un sarcome d'Ewing à cellules indifférenciées chez un enfant de deux ans et demi.

L'évolution fut assez courte puisque, après avoir fait une métastase au niveau de l'avant-bras, l'enfant est mort après quatorze mois de maladie.

Néoplasmes des régions superficielles de la face.

Il existe peu de cas chez le jeune, car, chez lui, il y a peu de lésions cicatricielles et peu de traumatismes qui sont si souvent, chez l'adulte, à l'origine des cancers cutanés.

Nous n'avons pu en réunir que 3 cas ; il s'agit de sarcomes localisés, l'un à la joue, les deux autres à la région temporale.

II. — TUMEURS MALIGNES DU CAVUM CHEZ L'ENFANT DE ZERO A QUINZE ANS

Le cancer du cavum est un des plus fréquents néoplasmes oto-rhino-laryngologique de l'enfant ; nous en présentons 23 cas.

Il se voit à tous les âges entre zéro et quinze ans, mais avec un maximum très net vers l'âge de treize ans (6 cas).

Comme dans les cas précédents, on rencontre une nette prédominance des sarcomes sur les épithéliomas : 16 sarcomes sur 23 cas.

Le cancer du cavum chez l'enfant s'accompagne presque toujours et très précocement de métastases ganglionnaires ; parfois, celles-ci précèdent toute manifestation rhino-pharyngée, cette forme à début ganglionnaire étant beaucoup

plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte (observations n[os] II, XIV, XXIII).

Si le cancer du cavum est grave chez l'adulte, il l'est particulièrement chez l'enfant, car, chez ce dernier, dans la majorité des cas, il simule une adénoïdite ou un coryza chronique banal, affections des plus répandues chez le jeune, ce qui explique pourquoi ce néoplasme passe le plus souvent inaperçu, tout au moins à son début.

Or, si ce diagnostic est rendu difficile par l'insidiosité de son évolution, il le sera aussi par la difficulté de l'examen.

Le toucher naso-pharyngien ne sera pas, chez l'enfant, d'un grand secours, car il sera pratiquement impossible de distinguer une hypertrophie banale de végétations adénoïdes, courante chez lui, avec une tumeur maligne du cavum, surtout s'il s'agit d'un sarcome.

Enfin, comme l'a montré notre maître, le professeur Calvet, dans le cas de « kystome bénin du cavum » : « Seule l'analyse histologique peut alors permettre de rejeter tout diagnostic de malignité. »

Quant à la rhinoscopie postérieure, l'indocilité de l'enfant la rend très délicate et parfois impossible.

La difficulté du diagnostic, la rapidité de l'évolution et le manque d'accès à la thérapeutique expliquent pourquoi pas un des cas suivi de notre statistique n'a présenté une survie supérieure à treize mois.

III. — TUMEURS MALIGNES DES CAVITES BUCCO-PHARYNGEES CHEZ LE JEUNE DE ZERO A QUINZE ANS

Les localisations bucco-pharyngées du cancer chez le jeune sont très inégales quant à leur fréquence ; leur étude présente donc un intérêt très différent.

Nous avons tenu à étudier à part les tumeurs malignes de l'amygdale palatine, l'amygdale étant un organe important de la pathologie infantile, nous réservant de décrire simplement les autres localisations bucco-pharyngées beaucoup plus rares et, par suite, peu intéressantes.

a) *Tumeur de l'amygdale palatine.*

Avant tout commentaire sur ces tumeurs, nous nous

devons de signaler le résultat histologique peu concluant de l'observation n° IV.

En effet, s'il est affirmatif quant à la nature conjonctive de la néoformation, il ne l'est pas quant à la malignité.

Cependant, la récidive rapide et l'évolution fatale de la maladie en moins d'un an ne laissent aucun doute sur sa nature cancéreuse.

C'est pourquoi nous n'avons pas hésité à faire figurer cette observation sur notre statistique.

Dans les 11 cas que nous avons pu réunir, nous ne trouvons aucune tumeur épithéliale ; ce fait n'est pas pour nous étonner, étant en accord avec l'opinion des classiques.

Toutes les néoplasies amygdaliennes que nous rapportons sont donc de type conjonctif, avec une majorité de lymphoblastomes vrais ; nous devons donc nous méfier de toute hypertrophie rapide de l'amygdale palatine survenant chez un enfant.

Il tombe sous le sens que la notion de rapidité d'évolution est ici primordiale et que grosse amygdale n'est pas synonyme de cancer de l'amygdale.

Deux faits pour le moins troublants nous ont frappé ; d'abord la forte prédominance du sexe masculin (10 cas sur 11) et la fréquence de l'atteinte de l'amygdale gauche : 8 cas d'atteinte unilatérale gauche, 1 cas d'atteinte bilatérale.

b) *Autres localisations bucco-pharyngées.*

Etant peu fréquentes, elles seront, par suite, peu intéressantes ; nous ne ferons que les énumérer :

— Un cancroïde de la lèvre inférieure chez un garçon de neuf ans ;

— Un épithélioma atypique de la pente pharyngée de la langue chez un garçon de sept ans ;

— Un angiosarcome du plancher buccal chez une petite fille de quatre ans.

IV. — TUMEURS MALIGNES DU LARYNX

Il y a seulement quelques années, il était classique de dire que le cancer du larynx chez le jeune n'existait pas;

or, ces derniers temps, quelques publications de cas isolés sont venues infirmer cette opinion.

Avant d'examiner les 9 observations de cancer du larynx que comporte notre statistique, nous tenons à faire quelques réserves sur l'observation n° II, qui nous paraît devoir prêter à discussion. En effet, comme l'a si justement fait remarquer M. le professeur Calvet au Congrès O.-R.-L. de 1950, M. Aubriot n'a pas examiné la sérologie de son petit malade, ne pouvant, ainsi, éliminer ce que notre maître appelle « le faux cancer »; nous nous expliquerons plus loin sur ce qu'il convient d'appeler ainsi.

Au cours de notre travail, nous avons donc pu réunir un total de 8 observations indiscutables de tumeurs malignes du larynx chez le jeune au-dessous de quinze ans.

Ce chiffre est forcément inférieur à la réalité; nous n'avons pas la prétention de croire que ces 8 observations correspondent au total des cas existants, un petit nombre de publications nous ont certainement échappé, ce dont nous nous excusons. En outre, il est à peu près sûr que quelques petits malades sont morts de cette terrible affection alors que le diagnostic n'était pas porté.

Donc, tout comme l'adulte, l'enfant, ou plus tôt l'adolescent, peut avoir une tumeur maligne du larynx alors que l'on ne peut, chez lui, invoquer une irritation prédisposante de ses muqueuses par l'alcool et le tabac.

Le début de la maladie s'est manifesté, chez la majorité de nos petits malades, par une modification de la voix, prise le plus souvent, par la famille, pour une mue de la voix, et ce n'est que lorsque la dyspnée apparaît que l'entourage du malade se décide à consulter le spécialiste.

C'est ce qui explique pourquoi le diagnostic n'est fait qu'à une période d'évolution avancée.

Dans 8 des 9 cas que nous avons pu rassembler, l'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'épithéliomas, le dernier cas étant simplement étiqueté : « Cancer ».

Donc, pas une fois, nous ne rencontrons le mot de sarcome; ceci est pour le moins singulier chez le jeune et méritait d'être signalé. Tout comme chez l'adulte, le sexe masculin est le plus éprouvé : 6 cas sur un total de 9. Enfin, il faut remarquer la brusque augmentation de fréquence de ces tumeurs malignes du larynx vers la quinzième année,

âge critique où l'enfant commence à devenir un homme (observations III, IV, VII, IX).

V. — TUMEURS MALIGNES DU NEZ.

Nous en relevons 8 cas : 2 siégeant sur l'aile du nez, 3 sur le cornet inférieur, les trois autres cas ayant été vus trop tardivement pour trouver le point de départ.

Le sarcome est la forme histologique la plus fréquente, puisque nous relevons 5 sarcomes contre 3 épithéliomas.

VI. — TUMEURS MALIGNES DES GLANDES SALIVAIRES

Seule parmi les glandes salivaires, la parotide paraît être, chez l'enfant, le siège de néoplasmes.

Quatre de ces cancers ont été traités par la chirurgie, associée à la radiothérapie. Nous ne pouvons malheureusement pas juger du résultat, car ces cas ne furent pas suivis; cependant, le seul cas traité uniquement par radiothérapie est sorti mourant moins de deux mois après la fin du traitement.

VII. — TUMEURS MALIGNES DU CORPS THYROIDE

Le cancer du corps thyroïde chez le jeune est relativement rare, puisque nous n'avons pu en réunir que 3 cas, tous chez des petites filles ayant dépassé l'âge de neuf ans.

Dans deux des trois cas, les accidents respiratoires obligent à pratiquer une trachéotomie.

Dans un de ces cas, ces accidents paraissent dus à une paralysie récurrentielle bilatérale en adduction.

Il nous est impossible de discuter le pronostic de cette affection, les malades n'ayant pas été suivis sur une assez longue période.

CHAPITRE IV

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Après avoir examiné et commenté séparément les diverses localisations oto-rhino-laryngologiques des cancers chez le jeune, essayons, maintenant, de répondre aux questions d'ordre général qui reviennent sans cesse en carcinologie.

Nous nous efforcerons de le faire le plus objectivement possible, évitant ainsi toute hypothèse ou théorie, nous contentant souvent de ne donner que des chiffres pour aussi brutaux qu'ils soient.

Le cancer du jeune en oto-rhino-laryngologie est-il fréquent ?

Tout d'abord, remarquons que, si nous avons rassemblé 103 cas de tumeurs malignes de l'enfant, il est certain que nous sommes loin d'avoir réuni tous les cas existant à ce jour.

En effet, nos statistiques portent sur des malades hospitalisés dans les différents centres anticancéreux et sur des malades ayant fait l'objet de communications. Or, il ne fait pas de doute qu'il existe, parmi ceux-ci, des cas qui ont pu nous échapper, sans compter le grand nombre de jeunes malades atteints de cancer qui n'ont laissé aucune trace, soit qu'ils aient été soignés en clientèle privée, soit que le diagnostic n'ait pas été fait.

En 1924, Lubarsh estimait que, en Allemagne, les bulletins de décès ne faisaient connaître que la moitié des cas de cancer.

Enfin, dans nos régions méridionales, si les familles

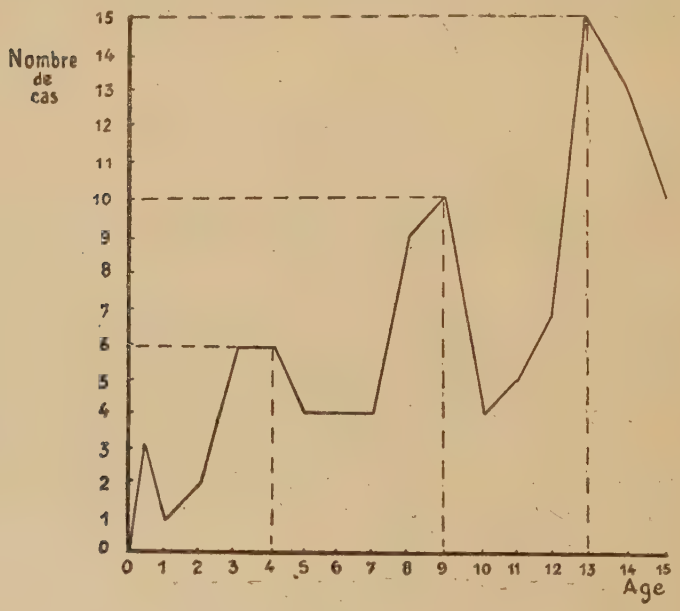
admettent volontiers que le cancer du vieillard ou même de l'adulte soit considéré comme une chose normale, au contraire, elles n'admettent pas qu'on parle de cancer chez un de leurs jeunes enfants, refusant d'envisager un tel diagnostic, considéré comme une tare infamante, même s'il est affirmé par les plus hautes sommités médicales.

Il faut donc se rendre à l'évidence, les chiffres que nous avançons sont bien au-dessous de la réalité; et, s'il était classique, il y a quelques années, de considérer le cancer comme une maladie des personnes âgées, il n'en est pas de même aujourd'hui, nos 103 cas le prouvent; le cancer du jeune, sans être aussi fréquent que celui de l'adulte, n'en existe pas moins.

A QUEL AGE EST-IL LE PLUS FRÉQUENT ?

« Il n'y a pas d'âge pour le cancer. » Cependant, si le cancer peut se voir dans les premiers jours de la vie, sa fréquence peut varier suivant les divers âges considérés.

Mieux que tout discours, un graphique va nous le montrer.



Le taux le plus bas se rencontre vers l'âge de un an ; on constate une pointe de fréquence à trois ans, une seconde

pointe plus forte à neuf ans, le taux le plus élevé se situant vers l'âge de treize ans.

Il est évident que nous ne pouvons expliquer pourquoi il existe ces trois maxima de fréquence; ce sont de simples constatations que nous nous contentons de rapporter fidèlement.

Quel est le sexe le plus touché ?

Alors que les statistiques du cancer, chez le jeune en général, montrent que les deux sexes sont également frappés, dans la sphère oto-rhino-laryngologique, nous trouvons une prédominance du sexe masculin : 60 %.

Ce pourcentage subit de grandes variations suivant la localisation. Alors qu'il s'élève à 80 % pour les cancers du nez et à 90 % dans le cancer de l'amygdale, il s'inverse pour devenir 100 % en faveur du sexe féminin dans les néoplasmes du corps thyroïde.

Il est évident que ces pourcentages, portant sur un nombre assez restreint de cas, peuvent prêter à discussion ; cependant, n'ayant pas trouvé, au cours de nos recherches dans la littérature, de statistiques semblables, il nous a paru intéressant et opportun de les présenter ici.

Quelles sont les principales localisations ?

En oto-rhino-laryngologie, le cancer du jeune, tout comme celui de l'adulte ou du vieillard, a ses endroits de prédilection :

Le cavum	23 cas
Le maxillaire supérieur	22 —
L'amygdale	11 —
Le larynx	9 —
Le nez	8 —
Les glandes salivaires	6 —

Existe-t-il une forme histologique particulièrement fréquente ?

Mis à part les néoplasmes laryngés, qui sont tous d'origine épithéliale, sarcomes et épithéliomas se trouvent répartis à peu près à égalité : 59 cas de sarcomes sur un total de

103 cas. Cependant, il semble frapper de préférence le sexe masculin.

Les sarcomes de la série « Lymphoïde » arrivent largement en tête de notre statistique.

A-t-il une évolution clinique spéciale ?

Il est classique de dire que le cancer du jeune évolue de façon insidieuse et très vite. Ceci est particulièrement vrai en oto-rhino-laryngologie.

En effet, si la maladie a souvent évolué, au début, sous le couvert d'une affection banale de l'enfance, une fois le diagnostic fait, beaucoup de nos petits malades furent emportés en moins d'un an malgré un traitement énergique, et il n'est pas rare de voir l'état de ces enfants s'aggraver au cours même du traitement.

Quant aux métastases, au cours de notre brève étude, elles ne nous ont pas paru aussi fréquentes que d'aucuns veulent bien le dire ; il est bien entendu que nous ne parlons que des néoplasmes oto-rhino-larygologiques.

Relève-t-il d'un traitement particulier ?

Son évolution étant très rapide, on doit frapper très précocement et très fort. Dans le cadre de notre travail, les agents physiques nous paraissent être, à l'heure actuelle, associés ou non à la chirurgie, la méthode de choix ; les indications d'un traitement chirurgical seul étant extrémement restreintes.

Il est à remarquer que, ces derniers temps, un espoir paraît se lever grâce à l'hormonothérapie et à la chimiothérapie.

Quel est son pronostic ?

Sur les 103 cas de notre statistique, 44 seulement ont été suivis sur une durée de plus de cinq ans. Parmi ces 44 cas, nous trouvons 39 décès et 5 survies.

Mais il ne fait aucun doute pour personne que, si les cas exceptionnels de survies de plus de cinq ans ont fait l'objet de communication, la majorité des décès ont été ignorés ; et si, chez les 59 petits malades restants, la survie

a été de quelques mois ou années, bien peu, pour ne pas dire aucun, ont survécu plus de cinq ans.

Dès lors, nous pouvons nous faire une idée de la mortalité effrayante du cancer chez le jeune.

Le pronostic de cette affection est donc particulièrement mauvais. En outre, il est possible que, parmi les très rares cas de survie de plus de cinq ans, il y ait de « faux cancers », ayant tendance à guérir spontanément, ce qui diminue le nombre de guérisons véritables de cette terrible affection.

Mais que faut-il entendre par « faux cancer » ? Mieux que toute explication, la lecture du rapport de notre maître, le professeur Calvet, à la Société médicale de Toulouse va nous le faire comprendre.

Heredo-syphilis des amygdales simulant un épithélioma.

Le 10 décembre 1945, la jeune Michelle C... était amenée au service O.-R.-L. pour amygdalite.

L'enfant, âgé de dix-huit mois, présentait une altération très particulière de ses amygdales que l'on ne saurait mieux comparer, au point de vue clinique, qu'à l'aspect papillomateux que présentent certaines tumeurs du voile et de la luette.

La couleur était blanchâtre, les lésions étaient indolores, ne saignaient pas et s'accompagnaient de grosses adénopathies molles.

Ces lésions paraissaient très curieuses, et il était difficile de les étiqueter au point de vue clinique.

Ayant eu à traiter déjà la sœur de cette enfant pour adénopathie bacillaire, notre diagnostic s'orienta vers la tuberculose. Mais nous fîmes, pour plus de prudence, une biopsie.

Le fragment examiné par le docteur Bassal, chef de laboratoire du Centre anticancéreux, nous donna le diagnostic suivant : épithélioma spino-cellulaire, kariokinèses rares, infiltration plasmocytaire de réaction inflammatoire dans le stroma.

Nous refusâmes ce diagnostic, pensant qu'il s'agissait d'une erreur de pièce ; nous fîmes, par la suite, plusieurs prélèvements analysés par le professeur Argaud, par le docteur Gadrat, par le docteur Bazex et même, à nouveau, sous un faux nom, par le docteur Bassal.

Toutes ces réponses furent identiques ; il s'agissait, au point de vue anatomo-pathologique, d'un épithélioma spino-cellulaire indiscutable.

Malgré ces multiples affirmations, étant donné l'âge, l'aspect des amygdales, les adénopathies molles, nous ne pûmes admettre l'hypothèse d'un cancer ; nous recherchâmes la syphilis et nous trouvâmes une réaction de Wassermann positive chez le père, la mère et les trois enfants.

Un traitement fut institué ; les lésions restèrent longtemps stationnaires, et ce n'est qu'au bout de six mois qu'elles disparurent totalement.

Cette observation unique mérite d'être rapportée non seulement du point de vue syphilitique, mais, surtout, pour l'intérêt anatomo-pathologique qu'elle présente. Elle se rapproche de celle publiée par MM. Ducuing, Bassal et Gadrat, à cette même Société, il y a quelques années, et aux travaux du professeur Sezary sur ce même sujet.

Donc, à l'heure actuelle, malgré les moyens thérapeutiques que nous avons à notre disposition, le pronostic du cancer chez le jeune est particulièrement mauvais.

CONCLUSION

Nous présentons une statistique portant sur 103 cas de tumeur maligne de l'enfant en oto-rhino-laryngologie.

Bien que nous n'ayons pas la prétention d'avoir réuni ici tous les cas existant, le nombre assez élevé des observations que nous rapportons nous permet d'établir certaines notions.

A savoir que le cancer du jeune en oto-rhino-larygologie est beaucoup plus fréquent que l'on ne le croit généralement et qu'il est très grave.

Il est relativement fréquent, puisque notre statistique comporte 103 cas.

Il est très grave :

— De par sa localisation : près des nombreux organes vitaux de la tête et du cou ;

— De par sa rapidité d'évolution : les récidives étant fréquentes et rapprochées ;

— De par son insidiosité : car il peut simuler toutes les affections oto-rhino-laryngologiques de l'enfance ;

— De par sa forme histologique : 59 cas de sarcomes sur un total de 103 cas ; parmi ceux-ci, les néoplasmes développés à partir de la série lymphoïde sont la majorité.

Enfin, de notre brève étude, il ressort un fait que nous croyons intéressant de signaler.

Le cancer du larynx, s'il est exceptionnel chez le jeune, n'est cependant plus une rareté clinique, puisque nous avons pu en rassembler 9 cas, tous de la série épithéliale.

C'est, à notre connaissance, la statistique portant sur le plus grand nombre de cas présentés à ce jour.

Vu :
Le Président de la Thèse,

CALVET.

Vu :
Le Doyen,

LEFEBVRE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Toulouse, le 16 décembre 1952.

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,

DOTTIN.

BIBLIOGRAPHIE

Abdanski. — Cancer de la lèvre inférieure chez un enfant de neuf ans. *Revue de Chirurgie*, août 1938.

Aubriot. — Epithélioma du larynx chez un enfant de cinq ans. *Annales d'O.-R.-L.*, 1951, p. 89.

Baranger. — Contribution à l'étude des tumeurs malignes du naso-pharynx. *Thèse médicale*, Paris, 1926.

Becker. — Le cancer du larynx en A.F.N. *Thèse*, Alger, 1949.

Bertier. — Des tumeurs de l'os maxillaire et de sa résection. *Thèse* de Montpellier, 1872.

Boies, Peterson, Weldron, Stenstrom. — Osteogenic sarcoma of the maxilla. *Journal of oral surgery*, Chicago, 1946, vol. IV.

Boylan, Orton. — Carcinoma of the Larynx clinical report of case age 13 1/2 year. *The Laryngoscope*, n. 57, 1947.

Brault (J.). — *Annales des maladies de l'oreille*, 1898, p. 477.

Brehant et Fournier. — Epithélioma de la parotide chez un enfant de treize ans. *Bull. alg. de Carcinologie*, 1951, n° 7, p. 29.

Bremont et Bonnet. — Un cas de cancer du larynx chez une fillette de quatorze ans. *Arch. int. de Laryngologie*, 1934, pp. 1014-1016.

Butlin. — Epithélioma du larynx chez un enfant de trois ans. *Maligne disease of the Larynx*, London, 1883.

Calvet (J.) et Claux. — Hérédo-syphilis des amygdales simulant un épithélioma. *Soc Méd. de Toulouse*, 17 juillet 1946 ; *Toulouse médical*, 1947.

Calvet (J.) et Ribet. — Un cancer du larynx chez un enfant. *Soc. Méd. de Toulouse*, janvier 1953, et *in Toulouse médical*.

Clerc. — *Bol del Molat del Orecchio*, mai 1910.

Condat (M^lle^), Gadrat (J.), Lasserre (J.-E.). — Adénopathies cervicales révélatrices d'un épithélioma pharyngé chez un enfant de neuf ans. *Arch. de Méd. des Enfants*, n° 15, septembre 1938.

Dargent, Gignoux et Gaillard. — *Le traitement des tumeurs malignes primitives du maxillaire supérieur*, Masson, 1948.

Daupiiin. — Contribution à l'étude de l'ostéosarcome du maxillaire supérieur chez les enfants. *Thèse* de Montpellier, 1902.

Debain et Castan. — Cancer du corps thyroïde chez un enfant de dix ans. *Annales d'Oto-Laryngologie*, 1947, n° 64.

Debre. — Carcinome du cornet inférieur chez une jeune fille de quinze ans. *Arch. int. de Laryngologie*, septembre 1907, n° 5.

Ducloux. — Les sarcomes des maxillaires. *Thèse* de Lille, 1925.

Ducrocq (R.). — Le cancer de la bouche, du pharynx et du larynx. *Thèse* de Lille, 1946.

Figi et New. — Carcinoma of larynx in young. *Tra. Laryng., Rhi. and Otal. Soc.*, 1929, 35.

Frank (L. W.). — Sarcoma of saw in child, age 2 1/2 year. *Kentucky M. J.*, 1929, t. XXVII, p. 250.

Gerber. — *Deutsche med. Wochenschr.*, 1912, n° 34.

Gignoux (J.) et Gaillard. — Sarcome lymphoblastique du cornet inférieur. *Annales O.-R.-L.*, 1951, n° 2.

Gillot, Flogny et Faugère. — Tumeur primitive de la face chez un nourrisson indigène. *Algérie médicale*, 1931, p. 28.

Giraud, Sitbon et Rosa. — Cancer du cavum chez l'enfant. *Bull. alg. de Carcinologie*, 1951, p. 115.

Grandclaude, Nuytten et Ducloux. — E.O.A. du maxillaire supérieur chez un enfant de treize ans. *IX^e Journée dentaire*, Paris, 9-11 décembre 1931.

Guedj, Lecontour, Rozo, Segalen. — Cancer thyroïdien chez une fillette de treize ans. *Bull. alg. de Carcinologie*, 1950, n° 5.

Henry (F. A.). — Angiosarcoma of maxilla in three months of child. *Journal of oral surgery*, juillet 1949, p. 250.

Huguenin (R.). — *Quelques vérités premières ou soi-disant telles sur le cancer*, Masson, Paris, 1946.

Huguenin (R.) et Berthon (J.). — L'âge du cancer. *Presse médicale*, Paris, octobre 1942, p. 610.

Jambon. — Epithélioma développé dans le prolongement antérieur de la parotide chez un enfant de six ans.

Jeanneret. — Tumeur du naso-pharynx chez un enfant de six ans. *Revue de Laryngologie*, 1914, p. 435.

Laval. — Des tumeurs malignes du naso-pharynx. *Thèse* de Toulouse, 1904.

Lemaitre, Aubin et Weyselles. — Dégénérescence épithélioma-teuse de papillomes du larynx chez une fillette de huit ans. *Soc. de Laryng. des Hôp. de Paris*, 1930.

Mariage. — Tumeur maligne de l'enfant. *Thèse* de Paris, 1895.

Martin, Dargen et Gignoux. — Tumeurs nerveuses des fosses nasales. *Annales O.-R.-L.*, n° 6, juin 1949.

Mounier, Kuhn. — Epithélioma ethmoïdomaxillaire chez une fillette de treize ans. *Annales O.-R.-L.*, n° 27, juin 1944.

Moussard. — De la résection simultanée totale des deux maxillaires supérieurs. *Thèse* de Lyon, 1900.

Pauliac. — Contribution à l'étude des sarcomes du naso-pharynx. *Thèse*, Paris, 1911.

Pergois (Yves). — Le cancer du larynx chez le jeune. *Thèse*, Paris, 1939.

Piquet. — Deux cas de sarcome du maxillaire. *Annales de Méd. légale*, 1926.

Portmann (J.) et Philipp. — L'épithélioma du larynx chez le jeune. *Revue de Laryngologie, Otal., Rhino.*, janvier 1933.

Portmann (M.) et Zielinoski (R. Z.). — Réticulopathie maligne histomonocytaire à localisation amygdalienne. *Revue de Laryngologie, Otal., Rhino.*, 1950, n° 21, p. 533.

Ross (G.-T.). — Myxosarcome du nez chez un enfant de trois ans. *Arch. int. de Laryngologie*, 1909, p. 927.

Scheinmann. — 1894, Soc. de Laryngologie, Berlin, 2 février, *in Berliner Klinische Wochenschr.*

Schreiber. — Ueber die Geschwülste des Nsrrs Dissert. *Thèse*, Königsberg, 1896.

Senator, Schmidt und Spiess. — Ein Fall von Spindel. Zellensarkom in Nsrrs eines fünfjährigen Knaben. *Deutsche med. Wochenschr.*, 1903, n° 27.

Sitbon (J.) et Hadida. — Le cancer du jeune dans le domaine O.-R.-L. en Algérie. *Bull. de Cancérologie*, novembre 1952.

Tallent (A.). — Les tumeurs malignes du maxillaire supérieur chez l'enfant. *Thèse* de Marseille, 1951.

Thoma (C.). — Cas d'un cancer de la parotide chez le jeune. *Annals of surgery*, janvier 1940, vol. III.

Van den Wildenberg. — Cancer laryngien chez les jeunes et chez les vieillards. *Le Scalpel*, journal belge des sciences médicales, 19 octobre 1935.

Van Iterson. — Un cas de cancer du larynx à l'âge de treize ans. *Les Annales d'Oto-Laryngologie*, janvier 1938, p. 21.

Veillon. — Contribution à l'étude des tumeurs du naso-pharynx. *Thèse*, Paris, 1875.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS 11

CHAPITRE PREMIER :
Recueil et classification des observations 13

CHAPITRE II :
Statistique portant sur 103 cas de tumeurs malignes chez le jeune de 0 à 15 ans 15

CHAPITRE III :
Interprétation des faits cliniques 46

CHAPITRE IV :
Considérations générales 53

CONCLUSION 59

BIBLIOGRAPHIE 61